

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

**PETICION PARA INSCRIBIRSE
EN EL SEGURO MEDICO SUPLEMENTARIO**
(Request for Enrollment in Supplementary Medical Insurance)

De acuerdo a la Acta para Reducir Papeleo de 1995, a las personas no se le requiere que respondan a una informacion recopilada a menos que muestre un numero de control autorizado por la OMB. El numero de control autorizado por la OMB para recopilar esta informacion es el 0938-0245. El tiempo requerido para completar esta recopilacion informacion es aproximadamente 15 minutos por repuesta; esto incluye el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilacion de informacion. Envie sus comentarios respecto a la exactitud del tiempo estimado que toma rellenar o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, N2-14-26, Baltimore, Maryland 21244-1850.

AVISO DE LA LEY DE CONFIDENCIALIDAD: La Administración del Seguro Social (SSA) está autorizada a obtener la información en este formulario bajo secciones 1836, 1840, y 1872 de la Ley de Seguro Social enmendada (42 U.S.C. 1395o, 1395s, y 1395ii). La información en este formulario se necesita para permitir al Seguro Social y la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) a determinar si usted tiene derecho a beneficios de seguro médico suplementario. Aunque usted no tiene que suministrar la información solicitada en este formulario al Seguro Social, el seguro médico no se puede proveer hasta que una solicitud hay a sido recibida por la oficina de Seguro Social. Falta de proveer toda o parte de la información solicitada podria ser la causa de denegación del derecho al seguro. Aunque la información que usted suministre en este formulario casi nunca es usada para ningún otro proposito que el mencionado arriba, hay una posibilidad que para la administración de los programas de Seguro Social o CMS o para la administración de los programas requiriendo coordinación con SSA o CMS, información puede ser revelada a otra persona u orta agencia del gobierno como sigue: 1) para permitir a una tercera persona o una agencia a asistir al Seguro Social o CMS en establecer derechos a beneficios de Seguro Social y/o protección de seguro médico o de hospital; 2) para cumplir con las leyes Federales que requieren que se revele la información de los registros de Seguro Social y CMS (e.g., a la Oficina General de Auditoria la Administración de Veteranos); y 3) para facilitar la investigación estadística y actividades de auditoria necesarias para asegurar la integridad y mejoramiento de los programas de Seguro Social y CMS (e.g., al Departamento del Censo y compañías privadas bajo contrato con el Seguro Social y CMS). Además, usted debe estar consciente de que la información que provea puede ser verificada a través de prueba por computadora de acuerdo a la Ley de Prueba Por Computadora y Protección de la Privacidad de 1988 (P.L. 100-503).

Yo deseo inscribirme en el plan de beneficios de seguro medico suplemental de Medicare descrito bajo el titulo XVIII de la Ley de Seguro Social, enmendada al presente. Yo entiendo que un pago de prima será adeudado por cada mes de protección bajo este plan. (Vea al dorso para una explicación adicional.)

1.	a. ESCRIBA su nombre ▶	(PRIMER NOMBRE, INICIAL, APELLIDO)	
	b. Indique su sexo (marque uno) ▶		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
	c. Indique su Número de Seguro Social ▶		_ _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ _ _ _
2.	a. Indique su fecha de nacimiento (Mes, día, año) ▶		
	b. Indique el nombre del Estado o país extranjero donde usted nació. ▶		
	<i>Sí usted no ha sometido prueba de su edad, complete (c) y (d).</i>		
	c. ¿Fue hecho un registro público de su nacimiento antes que usted cumplió los 5 años? ▶		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
	d. ¿Fue hecho un registro religioso de su nacimiento antes que usted cumplió los 5 años? ▶		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
3.	¿Se habla inscrito usted anteriormente en el seguro médico suplementario bajo Medicare? ▶		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.	a. ¿Recibe usted o su conyuge una anualidad mensual bajo la Ley Federal de Retiro del Servicio Civil u otra ley administrada por la Oficina de Administración de Personal de los Estados Unidos? (Si su respuesta es "sí," conteste "b". Si su respuesta es "no," siga con el encasillado 5.) ▶		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	b. Indique aquí el número de anualidad de servicio civil. (Incluya el prefijo, i.e., "CSA" por pensionado, "CSF" por sobreviviente.) ▶		Su Número _ _ _ _ _ _ Número de Conyuge _ _ _ _ _ _
	Si entró el número de su cónyuge, ¿está él (ella) inscrito en el seguro médico suplementario? ▶		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si usted tiene derecho al seguro de hospital de Medicare omite encasillados 5 y 6.

5.	¿Es usted residente de los Estados Unidos? (Residir en un lugar quiere decir nacer un hogar allí.) ▶	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? (Si la respuesta es "Si," omite encasillados b. y c. Si la respuesta es "No," conteste b. y c. abajo.) ▶	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	b. ¿Está usted legalmente admitido con residencia permanente en los Estados Unidos? ▶	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	c. Indique abajo la información solicitada acerca de donde residió en los últimos 5 años.		

* Direcciones donde usted residió los últimos 5 años. (Empiece con la dirección más reciente. Indique la fecha actual en que la residencia empezó aunque sea anterior a los últimos 5 años.)	FECHA EN QUE LA RESIDENCIA EMPEZÓ			FECHA EN QUE LA RESIDENCIA TERMINÓ		
	Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

(Si necesita más espacio, use el espacio de "anotaciones" u otra hoja de papel.)

COMO PAGAR SU PRIMA

Si usted se inscribe en el seguro médico, usted tiene que pagar una prima por cada mes en que usted tiene esta protección. Si usted recibe beneficios mensuales de Seguro Social, retiro ferroviario, o servicio civil, su prima será descontada de su cheque de beneficio. Si usted no recibe ninguno de estos beneficios, usted será avisado cómo pagar su prima.

El Gobierno Federal contribuye al costo de su seguro. La cantidad de su prima y el pago del Gobierno están basados en el costo de los servicios cubiertos por el seguro médico. El Gobierno también hace pagos adicionales cuando es necesario para cubrir los gastos completos del programa. (Actualmente, el Gobierno paga tres cuartas partes del costo de este programa.) Usted recibirá un aviso por adelantado si hay algún cambio en la cantidad de su prima.

Anotaciones

Yo entiendo que cualquiera que haga o cause que se haga una declaración o representación falsa de hecho pertinente en una solicitud o para usarse al determinar el derecho a pago bajo la Ley de Seguro Social comete un crimen castigable bajo la ley Federal con multa, prisión o ambas. Yo afirmo que la información que he dado en este documento es verdad.

FIRMA DEL SOLICITANTE	Fecha (Mes, día, año)
Firma (Primer nombre, inicial, apellido) (Escriba con tinta)	Número de Teléfono
FIRMA AQUI ▶	

Dirección Postal (Calle y número de departamento, Apartado o Ruta Rural)

Ciudad	Estado	Zona Postal	Indique el Nombre del Condado (si alguno) en que usted vive
--------	--------	-------------	---

Testigos se requieren SOLAMENTE si esta solicitud ha sido firmada con cruz (X) arriba. Si firmada con cruz (X), dos testigos que vieron al solicitante firmar y que lo conocen tienen que firmar abajo dando sus direcciones completas.

1. Firma del Testigo	2. Firma del Testigo
Dirección (Numero y calle, Ciudad, Estado, y Zona Postal)	Dirección (Numero y calle, Ciudad, Estado, y Zona Postal)